

LAMPIRAN

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. P
Umur	: 80th
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Cerai Mati
Agama	: Islam
Suku	: Jawa, Indonesia
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Tidak bekerja
No Register	: 064 344
Diagnosa Medik	: CHF
Tanggal Masuk	: 18 February 2017, 13.00 WIB
Tanggal Pengkajian	: 19 February 2017, 08.00 WIB
Alamat	: Geneng Duwur 09/01 Bemolong

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. S
Umur	: 50th
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan Pasien	: Anak
Alamat	: Geneng Duwur 09/01 Bemolong.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas

3. Riwayat Penyakit

a) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan sesak napas sejak 3 hari, demam, lemas, mual, muntah, nyeri ulu hati dan kaki tidak bisa dipakai untuk berjalan. Lalu keluarga pasien membawa ny. P ke RSUD Bemolong pada tanggal 18-02-2017, pukul 13.00 untuk mendapatkan pengobatan selanjutnya. Melalui UGD klien mendapatkan infus RL 15 tpm, O₂ 3lpm, infus PCT 4 ml, injeksi ranitidine 1 Am pul. Karena keadaan pasien tidak membaik, pasien dipindah ke ICU.

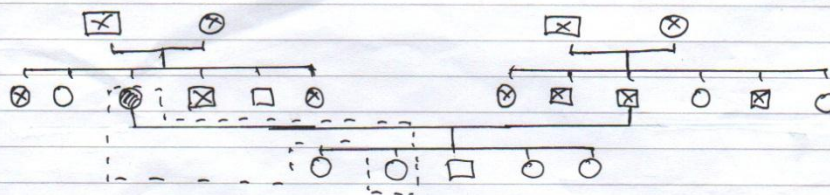
b) Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit 2 tahun yang lalu karena diare.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama, dan dari keluarga tidak mempunyai penyakit keturunan ataupun penyakit menular.

e) Genogram



- : Laki-laki
- : Perempuan
- X : Mati
- /// : Pasien
- └ : Menikah
- : tinggal satu rumah

4) Data Fisik

a. Pola persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit, penyebab dan pengobatannya.

b. Pola Nutrisi Metabolik

- Sebelum sakit : 2-3 kali sehari dengan menu nasi, sayur, dan lauk habis 1 porsi. Minum ± 8 gelas / hari (air putih, teh, dan lainnya)
- Selama sakit : 3 kali dengan menu nasi sayur lauk, habis 1/2 porsi Minum ± 6 gelas / hari (air putih, teh, susu).

C. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : BAK 4-5 kali / hari warna kekuningan , bau khas , tidak ada kesulitan , sebanyak 300cc.

BAB 1 kali sehari , tidak ada kesulitan , bau khas , warna coklat .

Selama Sakit : BAK menggunakan PC 350 cc / hari , warna kekuningan , bau khas , tidak ada kesulitan .

BAB selama dirumah sakit sudah 1 kali , bau khas , warna coklat , tidak ada konstipasi .

D. Pola Latihan dan Aktivitas

Sebelum sakit : Klien beraktivitas dengan dibantu oleh keluarga , seperti makan , mandi dan klien tidak bisa melakukan pekerjaan berat .

Selama sakit : Klien bedrest , dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga , seperti mandi / toilet , makan .

E. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : Klien mengatakan tidur 6-7 jam / hari , sarang tidur siang .

Selama sakit : Klien tidur 5-6 jam / hari , sulit tidur karena sesak nafas .

F. Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Gambaran diri : Pasien mengatakan dapat menerima keadaan saat ini sebagai ujian dari Allah .

b. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang .

c. Harga diri : Pasien tidak malu dengan penyakitnya

d. Identitas : Tidak ada perubahan didalam diri pasien .

G. Pola Peran dan Hubungan

Tidak terjadi perubahan peran selama pasien sakit . Pasien mengatakan tidak dapat berkumpul dengan keluarga selama sakit .

H. Pola Seksual dan Reproduksi

Tidak terjadi gangguan Reproduksi

I. Pola Koping - Toleransi Stress

Pasien mengatakan menghadapi sakitnya dengan sabar dan ikhlas .

J. Pola persepsi dan Kognitif

Pasien percaya setiap penyakit dapat diobati . Pasien beranggapan bahwa penyakitnya karena faktor umur .

↳ Pola Nilai dan Kepercayaan

Pasien percaya setiap penyakit datangnya dari Allah. Pasien selalu berdoa meminta kesembuhan.

Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- 1). Tingkat Kesadaran : compos mentis
- 2). Orientasi (waktu, tempat, orang) : Baik
- 3). Bahasa dan Memori : Menggunakan bahasa Jawa, memori sedikit menurun.

4). Tanda-tanda vital

TD: 151/82 mmHg S: 36,8 °C
N: 99x/menit RR: 30x/menit

b. Berat Badan dan Tinggi Badan

BB: 50kg TB: 160cm

c. Kulit, rambut, dan Kuku

1). Kulit

Inspeksi : warna kulit kuning langsat, tidak ada lesi

Palpasi : kelembaban kulit baik, turgor kulit kembali < 2 detik.

2). Rambut

Inspeksi : warna putih uban, kurang bersih

Palpasi : tekstur rambut halus, mudah rontok

3). Kuku

Inspeksi : kebersihan kurang baik,

Palpasi : tekstur kuku halus, warna setelah ditekan merah muda.

4) Kepala dan leher

1. Kepala

Inspeksi : Bentuk mesocephal, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

2. Mata

Inspeksi : tidak ada lesi, normal

3. Leher

Palpasi : tidak ada pembengkakan maupun pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan

Inspeksi : tidak ada lesi, dan tidak ada pembengkakan

4. Mata

Konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik.

5) Telinga dan Pendengaran

Daur telinga simetris, tidak ada serumen tidak ada lesi, fungsi pendengaran menurun

6) Hidung dan Penciuman

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, lubang hidung simetris, tidak ada secret, penciuman berfungsi dengan baik.

7) Mulut dan Pharynx

Gigi tidak lengkap, lubang mulut dan lidah tidak terjadi perdarahan

8) Thorax dan Paru

Inspeksi : Pengembangan paru kanan dan kiri, tidak ada benjolan lesi.

Palpasi : Simetris, tidak ada pembengkakan

Perkusi : tidak ada nyeri tekan, sonor

Auskultasi : Terdapat wheezing, kanan dan kiri vesikuler.

9) Abdomen

Inspeksi : tidak ada benjolan, datar

Palpasi : Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : Bising Usus 16x/menit

Perkusi : tidak ada massa, tympani

10) Genital

Terpasang DC, tidak ada pembengkakan, iritasi, lesi.

11) Rektum

Tidak ada hemoroid, terdapat intosi

12) Ekstremitas Atas dan Bawah

a. Ekstremitas Atas: Bentuk simetris, tidak ada deformitas, tidak ada pembengkakan, terpasang infus di lengan kiri

b. Ekstremitas Bawah: Bentuk simetris, terjadi pembengkakan, fungsi mengalami penurunan.

Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	8.1	P. 12-14 gr/100
Leucocyte	12.800	5000 - 10.000/mm ³
Erythrocyt	4.25	P. 4-5 jt/mm ³
Trombosit	312.000	150 - 400 rb/mm ³
Hematokrit	29.4%	P. 37-43 VOL %
Glukosa Sewaktu	155.6	<160 mg/dl
Ureum	142.5	10-50 mg/dl
Creatinin	1.28	P. 0.5 - 0.9 mg/dl

WBC	12.8 x 10 ³ / μ	LYM %	5.4 %
RBC	4.25 x 10 ⁶ / μ	MXD %	5.9 %
HGB	8.1 g/dl	NEUT %	88.7 %
HCT	29.4 %	LYM #	0.7 x 10 ³ / μ
MCV	- 69.2 PL	MXD #	0.8 x 10 ³ / μ
MCH	- 19.1 pg	NEUT #	11.3 x 10 ³ / μ
MCHC	- 27.6 g/dL		
PLT	312 x 10 ³ / μ		

RDW -SD	50.5 FL	* Foto thorax : tidak terdapat
RDW -CV	+ 20.7 %	* Hasil EKG: Gelombang R, S, T abnormal
PDW	- 8.0 FL	- Terdapat masalah diatriumnya
MPV	- 8.8 FL	- Ventrikel kiri mengalami pembesaran
P-LCP	- 0.9 FL	- Sinus rhytm
-LCR	- 7.1 %	- Gelombang S dan T tidak cukup jelas. EKG Abnormal.

Therapy

- Infus RL 15 tpm
- Infus PCT 1 vial
- Infeksi Ranitidin 1x/12 jam
- Amiodaron 3x1
- ISDN 3x1
- GPG 1x1
- Infeksi Antrain 1x/12 jam
- Infeksi ceftriaxon 1g/12 jam
- Infeksi furosemid 1x/24 jam
- Infeksi OM? 1x/12 jam
- Infeksi cundacentron 9mg/dj
- Salep gentamicin 2mg

Analisa Data

No	Data Fokus	Problem	Etiologi
1	S: Klien mengatakan sesak nafas	Ketidakefektifan Pola Nafas	Keletihan Otot Pernapasan
	<p>O: - Klien terlihat lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat bernafas menggunakan otot bantu pernapasan - Nafas terlihat dangkal - Terlihat tarikan dada saat ekspirasi. - Klien terlihat bernafas melalui bibir/mulut. <p>TD: 151/87mmHg, N: 99x/menit RR: 30x/menit, S: 36.8°C</p>		
2	S: Klien mengatakan bagian belakang belakang terasa gatal, nyeri, panas	Risiko tinggi kerusakan integritas kulit	tirah baring lama, edema dan penurunan perfusi jaringan
	<p>O: Ku: lemah</p> <p>terdapat iritasi kemerahan pada bokong</p>		
3	S: Klien mengatakan kaki kaku, sulit digerakan dan keluarga klien mengatakan aktivitas dibantu total.	Intoleransi Aktivitas	tirah Baring dan Imobilitas
	<p>O: Ku lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki edem - Klien bedrest total 		

Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak nafas - Pasien mengatakan nyeri ulu hati - Pasien mengatakan gatal pada bokong bagian belakang - Pasien mengatakan kaki sulit digerakkan, badan lemas, kaki terasa kaku. - Keluarga pasien mengatakan alutifitas, mendi (sibin, makan dan minum dibantu keluarga. - Klien mengatakan bagian luka kritis terasa perih dan panas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ku lemah - Kesadaran kompos mentis - Dispnea - Nafas pendek / dangkal - Klien terlihat bernafas menggunakan otot bantu tambahan - Klien bernafas melalui mulut - terdapat tarikan dinding dada saat respirasi - TTV: TD: 151/87 mmHg - N: 90x/menit - S: 36,8°C - RR: 30x/menit - Kaki terdapat edem dan kaku - Terdapat luka kemerahan di bokong 4cm. - Terpasang infus RL ditangan kiri 15tpm- - Terpasang O₂ Nasal Kanul 4lpm - Akral hangat - Hasil EKG: <ul style="list-style-type: none"> - Gelombang R abnormal - Sinus Rhytem - Gelombang S dan T tidak nampak jelas - Ventrikel kiri membesar - EKG: Abnormal

Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan
2. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama, edema dan penurunan perfusi jaringan.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan imobilitas

Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan KTI	Intervensi
1.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak mengalami sesak napas lanjutan dengan KTI: 1. Pola napas kembali efektif 2. Sesak napas ulien berkurang	1. Manajemen jalan napas 2. Monitor pernapasan 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Pertahankan kepatenan jalan napas pasien 5. Monitor aliran oksigen 6. Monitor posisi perawat pemberian oksigen 7. Pemberian obat analgesik.
2.	Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama, edema dan penurunan perfusi jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapkan klien tidak mengalami tanda-tanda kerusakan kulit dengan KTI: 1. Tidak terjadi tanda dan infeksi kulit 2. Infeksi kulit berkurang	1. Kaji tanda-tanda infeksi kulit 2. Perawatan tirah baring 3. Pergerakan kulit 4. Perawatan luka 5. Perawatan kulit : 6. Pengobatan topikal

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan danktt	Intervensi
3	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu meningkatkan mekanika tubuh dengan kH:	1. Kaji aktifitas klien 2. Beri dukungan spiritual 3. Peningkatan latihan kekuatan 4. Manajemen lingkungan untuk kenyamanan 5. Peningkatan tidur 6. Bantuan perawatan diri 7. Peningkatan keterlibatan keluarga
		1. Klien mampu melatih kekuatan ototnya	
		2. Klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri	

No	Tgl / Jam	Implementasi	Respon	TD
1	19 february 2017 08.00 WIB Minggu.	Mengkaji tanda-tanda vital	S: klien mengatakan sesak napas, kali haku, mual O: TD: 151/82 mmHg, S: 36,8 R: 99x/menit, RR: 30x/menit	GPM Meinik
1	10.00 WIB	- Memberikan terapi O ₂ 4lpm	S: Klien mengatakan bernapas lebih mudah O: - klien terlihat lebih nyaman - O ₂ dengan ke nasal kanul 4lpm sudah terpasang	GPM Meinik
2	11.00 WIB	Memberikan salep genta micin smg	S: Klien mengatakan perih dibagian yang iritasi O: Salep gentamicin rug sudah diberikan melalui dibagian ^{salep gentamisin} oles pada luka.	GPM Meinik
3	12.30 WIB	Memberikan minum susu cair 200ml	S: Klien mengatakan terasa kenyang O: - Susu cair 200ml sudah diberikan - klien terlihat lemah.	GPM Meinik
4	10 february 2017 08.00 WIB Senin	Memberikan injeksi - Ranitidine 1amp / 12jam - Antrain 1amp / 12jam - Ceftriaxone 1gr / 12jam	S: klien bersedia untuk dilakukan injeksi O: injeksi antrain, ranitidin ceftriaxone sudah masuk.	GPM
1.	09.00 WIB	- Memonitor pernapasan klien	S: klien mengatakan sesak napas O: Klien terlihat bernapas mengapurakan mulut, RR: 27x/menit	GPM

No Ds	Tgl, tgl, waktu	Implementasi	Respon	TTD
1	10:00 WIB	Melakukan tindakan posisi pasien semi fowler 45° kepala lebih tinggi dari badan	S: klien mengatakan dapat bernafas lebih mudah, sesak nafas berkurang D: klien dapat melakukan dengan bantuan, klien terlihat lebih mudah bernafas	GMG Merita
3	11:00 WIB	Melakukan manajemen lingkungan dan kenyamanan	S: klien mengatakan badannya terasa nyaman D: klien terlihat lebih nyaman dan rileks	GMG Merita
1	11:30 WIB	Melakukan pemberian injeksi furosemid ampul 20mg	S: klien mengatakan mau diinjeksi D: Injeksi furosemide ampul sudah diberikan	GMG Merita
1	21 Februari 2019 Selasa 14:30 WIB	Memonitor TTV	S: klien mengatakan sesak nafas berkurang D: TD: 138/67 mmHg N: 98x/menit RR: 28x/menit S: 36,9°C	GMG Merita
1	15:00 WIB	Memonitor pernafasan dan pemberian oksigen	S: klien mengatakan sesak nafas berkurang D: Oksigen 3Lpm sudah diberikan	GMG Merita
2	16:30	Memberikan salep gentamicin 5mg	S: klien mengatakan gatal-gatal dan perih berkurang D: Salep gentamicin sudah diberikan dioles diulit	GMG Merita
1	17:00	Memposisikan klien semi fowler 45°	S: klien mengatakan sesak nafas berkurang D: klien terlihat lebih mudah bernafas	GMG Merita
	18:00	Monitor pernafasan	S: klien mengatakan sesak nafas berkurang D: RR: 29x/menit	GMG Merita

EVALUASI

NO	hari/tgl/cam	No Dx	Evaluasi	TID
1	Minggu 19 Feb 2015. 13.30	1.	S: klien mengatakan sesak napas O: - klien terlihat bernapas dengan mulut - Dispnea - RR: 30x/menit A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Peningkatan O ₂ - Memberikan posisi nyaman	Guo Meng
	13.40	2.	S: klien mengatakan kulit bagian belakang panas, perih, gatal O: - klien terlihat merah dan perih - terdapat luka iritasi belakang 4cm A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Pemberian obat salep - perawatan luka.	Guo Meng
	13.45	3.	S: klien mengatakan kaki kaku O: - klien terlihat lemah - Aktivitas dibantu total - kaki kaku A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Peningkatan aktivitas - Bantuan perawatan diri	Guo Meng
	Senin 20 Feb. 2017. 13.30	1.	S: klien mengatakan sesak napas berkurang O: - klien terlihat bernapas dengan mulut - bibir/mulut - Dispnea - RR: 29x/menit A: Masalah belum teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Peningkatan O ₂	Guo Meng

No	tgl / jam	No dt	Evaluasi	TRD
			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pernapasan - Pemberian obat analgetik 	
	13.45	2.	<p>S: klien mengatakan kulit bokong terasa perih, gatal sudah berkurang</p> <p>O: - klien terlihat lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - tanda-tanda iritasi belum hilang <p>A: Masalah teratasi belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda keusahan kulit 2. Berikan perubahan posisi tidur 	<p>Mein</p>
	13.55	3.	<p>S: klien mengatakan kaki kaku, tidak bisa makan minum, BAB, BAK sendiri.</p> <p>O: - klien terlihat lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - makan minum, BAB, BAK dibantu total <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan latihan kekuatan kekuatan otot - Peningkatan keterlibatan keluarga 	<p>Mein</p>
	Selasa 21 Februari 2021 18.50	1.	<p>S: klien mengatakan sesak napas berkurang</p> <p>O: - RR: 26 x/menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien terlihat lebih mudah bernapas - bernapas melalui hidung <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dibertahankan dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pernapasan - Peningkatan O₂ - Pemberian Obat analgetik. 	<p>Mein</p>

No	hari, tanggal, jam	No-Dx	Evaluasi	TTD
	19.30	2.	<p>S: klien mengatakan perih berhurang, kulit tidak terasa panas</p> <p>O: - tanda-tanda iritasi mulai hilang - kemerahan kulit mulai pudar</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	<p>PMK</p> <p>Mezza</p>
	19.50	3.	<p>S: klien mengatakan kaki mampu digerakan sedikit - - Maman dengan mandiri</p> <p>O: - klien terlihat lebih baik - Kaki mulai bisa digerakan</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	<p>PMK</p> <p>Mezza</p>